

スピリチュアルケア試論 — 死生学からスピリチュアルケア学へ —*

内 村 公 義**

A Study on Spiritual Care — from thanatology to spiritual care —

Kimiyoshi Uchimura**

はじめに

長崎ウエスレヤン大学では2009年4月に現代社会学部社会福祉学科にスピリチュアルケアコースを開設する。開設にあたり、スピリチュアルケアとは何かについて試論的考察を加えたい。

スピリチュアルケアについて考える契機になったのは、数年来続けてきた死生学の講義である。筆者は死生学を「医学と哲学の間」と位置づけている。それには二つの意味がある。一つは、死生学が医学・看護学を一方の極とし、哲学・宗教学を他方の極とする学際的な学問領域である、という意味である。もう一つは、「キュアからケアへ」というスローガンで表されるような医療のパラダイム転換の現場から生まれる要請と、哲学・宗教が現代の生の状況と切り結ぼうとする時に直面する新しい課題との交点に立つ研究だ、という意味である。この後者の意味における死生学の重要課題が、第一章で論じるように、「スピリチュアルペインにどう向き合うか」であり、この問いへの取組みの中からスピリチュアルケア学の構築という新しい試みに踏み出す必要に迫られた。

「医学と哲学の間」という死生学の位置づけは、筆者のこれまでの学問的関心の集大成という意味もある。筆者は哲学・宗教学から学問の世界に入り、その後、精神医学の研究に携わり、そこからスクールカウンセリングを経てコミュニティ心理学へと関心を広げてきた。更に、長崎ウエスレヤン大学の設置（2002年）にあたっては、キリスト教主義教育という建学の精神を「福祉コミュニティの形成」という理念に結晶させることに努めてきた。その中で、例えば、ターミナルケアを医療と福祉を結合したコミュニティケアの視点から考えるという問題意識も生まれてきた。

死生学の講義に対して学生達は驚くほど高い関心を示した。とりわけ、「自己の存在と意味の消

滅から生じる苦痛」（村田久行）¹としてのスピリチュアルペインが彼らの共感を呼んだ。それは死の床にある者を襲う痛みであるだけでなく、若者が思春期・青年期の危機においてさいなまれる痛みでもある。スピリチュアルケアは医療・福祉分野ばかりではなく、青少年と向き合う教育分野の課題でもあると改めて痛感した。この点については第2章で扱うが、そのように考えて振り返ってみると、筆者が小・中学校のスクールカウンセラーや大学の教員として経験した危機介入の多くはメンタルケアというよりスピリチュアルケアであったとも言える。

スピリチュアルケア学の難題のひとつは「スピリチュアル」という言葉が何を意味するか、「スピリチュアリティ」とは何か、という問題である。実を言うと、筆者の宗教学分野における初期の研究テーマはキリスト教神学の一分野である聖霊論であった。これは当時、未開拓の分野であったが、マルチン・ルターやジョン・ウエスレーの聖霊理解について幾つかの論文を書いてきた。そういう研究歴があったのでWHOの健康定義をめぐる議論の中でスピリチュアルな次元に関心が向けられて以来、「宗教学や神学の知見を踏まえつつ、しかもその枠組をこえたところでスピリチュアリティをどう捉えるか」という問いが筆者の脳裏を離れることはなかった。第三章でこの問いに取り組みたいと思う。

スピリチュアリティは宗教（キリスト教や仏教という実定宗教だけでなく宗教的なものも含む）と関わる場合もあれば、関わらない場合もある。筆者は牧師であった時期があり、若干のパストラルケアの経験もあるが、現在の宗教的立場は自称「無神論的プロテスタント」である。スピリチュアルペインの中で人は宗教的救済を希求する場合もあるが、それを願わず、更にはそれを峻拒する

* Received January 29, 2009

** 長崎ウエスレヤン大学 現代社会学部 国際交流学科、Faculty of Contemporary Social Studies, Nagasaki Wesleyan University, 1057 Eida, Isahaya, Nagasaki 854-0081, Japan

場合もある。したがって、宗教的なスピリチュアルケアだけでなく、非宗教的なスピリチュアルケアが重視されねばならない。筆者は後者を追求したいと考えている。

第一章 医学と哲学の間

第一節 緩和医療の要請

現代の医学は、世界保健機関の健康の定義に見られるように、人間を身体的存在として見るだけでなく、bio-psycho-social/bio-psycho-socio-spiritualな存在として見ようとしている。この医学的人間観のパラダイム変換は特に緩和医療の分野において顕著である。

近代医学は疾患の治療と生命の維持を最大の課題としてきた。その努力が治療不能という結果に終わると、対処の方法がなく、後は放置するより他はなかった。こうした近代医学の限界を前にして、E.J.キャッセルは治療論の立場から病氣(illness)と疾患(disease)を区別し、疾患に対する治療(curing)と同時に病氣に対する癒し(healing)が必要であると指摘している。² したがって、治療が不能であるとしても、癒しは必要であり、その方法として緩和医療の模索がなされてきた。当初、緩和医療学は、キュアが不能になった時にこそケアが必要になるという認識に立ち、死を避けることができない患者の苦しみや痛みを和らげることを目的としてきたが、今日ではキュアとケアが同時に必要だという認識が広がっている。死の臨床は、このように医療そのもののあり方が問い直される場である。その問い直しの焦点となるのは、ヴァイツゼガーが医学的人間学の根底に据えた「なぜ私が死の病にかかったのか」という問いである。³ この病氣の意味をめぐる問いに対して、従来の医学は病原論や病因論を超える答えを出すことができなかったが、緩和医療学は何とかこの問いに向き合おうとしている。

病氣の意味をめぐる問いが発せられるのは、結論を先取りして言えば、スピリチュアルな次元においてである。そうであるからこそ、1990年にWHOの専門委員会が「がんの痛みからの解放と緩和ケア」に関する指針⁴を出したとき、身体的な疼痛コントロールに加えて心理的苦痛と社会的苦痛だけでなくスピリチュアルペインを全人的ケアの対象の中心に位置づけたのである。それ以来、スピリチュアルケアに関する模索が研究と実践の両面で続けられ、今日に至っている。

では、スピリチュアルペインとは何か。その中

核をなすのは、上述のとおり、病氣の意味をめぐる問いであり、意味への問いが、意味や価値の失われたところで発せられるという逆説的性格をもつことを考えると、それは死や危機に直面した時の生の意味の喪失から生じるものであろう、と予想される。森田達也らはスピリチュアルケアに関する過去20年間の文献をレビューした結果、スピリチュアルペインを構成する要素を次のようにまとめているが、⁵ 上述の予想を裏付けるものである。「人生の意味・目的の喪失、衰弱による活動能力の低下や依存の拡大、自己や人生に対するコントロール感の喪失や不確実性の増大、家族や周囲への負担、運命に対する不合理や不公平感、自己や人生に対する満足感や平安の喪失、過去の出来事に対する後悔・恥・罪の意識、孤独、希望のなさ、あるいは死についての不安」。村田久行は、これらの諸要素から「自己の存在と意味の消失から生じる苦痛」という前述の定義を導き出している。

スピリチュアルペインをこのように定義すれば、それは実存的苦悩とも言えるものであり、これまでの医学や看護学の研究領域では、精神医学の一部や医学的人間学を除いて、扱われてこなかった主題である。しかし、緩和医療が従来の医療のあり方を問い直し全人的ケアをめざすとすれば、避けられない必然的課題である。現在までのところ、村田久行や窪寺俊之の先駆的な理論的研究があるとは言え、スピリチュアルケア研究は全体として臨床の場での実践報告の域を超えていない。それだけに、スピリチュアルケアの理論と技法を体系化するスピリチュアルケア学の構築は、緩和ケアの現場からの喫緊の要請である。

第二節 哲学・宗教の課題

スピリチュアルペインは、その構成要素から見て明らかなように、伝統的に哲学や宗教が扱ってきた問題である。それに向き合うスピリチュアルケアは哲学や宗教の課題だと言ってもよい。あるいは、医療と哲学、医療と宗教が新しく出会う分野だと言える。しかし、この出会いが実のり豊かなものになるためには、哲学や宗教が臨床の場で何をなし得るかを先ず明確にしなければならない。

生の意味、苦難の意味、存在の不確かさ、これらは哲学や宗教が追求し、思索を重ねてきた主題である。したがって、医療現場は患者のスピリチュアルペインへの向き合いかたについて、あるいはスピリチュアリティとは何かについて哲学や宗教

に答えや指針を求めることになりがちである。しかし、医学と哲学・宗教との出会いは医学の問いに哲学・宗教が答えるというような関係ではない。それは「なぜ私が」と苦難の意味を問う患者に哲学的思想や宗教の教義を説いても何の役にも立たないことから明らかである。とりわけ死の臨床においては哲学も宗教も何も語ることができないという意味で全く無力である。では何ができるのか。哲学や宗教が取り組んできたはずの生死の問題について、その生死の現場で、哲学や宗教には何ができるのか。この問いはスピリチュアルケアに何ができるのかという問いに重なる。

哲学に限れば、この問いに答えるべく、臨床という「苦しみ場所」で苦しむ人と共に思考と対話を始めようとする試みとして「臨床哲学」が生まれてきた。⁶ この臨床哲学の定義は鷺田清一のものであるが、彼は哲学を「聴くこと」として再構築しようとする。「苦しみ場所」である臨床において哲学にできることは「聴くこと」だけだとの自覚に立って、そこから哲学を始めようとするのである。鷺田においては、「聴くこと」は哲学の方法論ではない。それは哲学の本質に属する。聴くこと的前提は自分が無知であることの自覚である。なぜ相手の語ることに虚心に耳を傾けるかと言えば、それは相手のことを何も知らないからであり、またそのことを自覚しているからである。つまり、聴くという行為は、「無知の知」というソクラテス以来の哲学の原点に立つことである。鷺田は哲学の定義としてメルロ＝ポンティの「おのれ自身の端緒が更新されてゆく経験」という言葉を引いているが、デカルトの「方法的懐疑」からフッサールの「超越論的還元」に至るまで、自己の前提を常に白紙に戻すことが「哲学する」ことの基本姿勢である。この基本姿勢で聴くとすれば、それは相手の言葉ないしは沈黙に無前提で臨むことであり、相手の言葉を自分の基準で解釈しないことである。具体的に言えば、「私はもうだめなのではないでしょうか」という相手の言葉をそのまま受けとめて、「もうだめなんだ、そんな気がするんですね」とおうむ返しのようにそれを相手に返すことである。これは「クライアントの言葉を専門的知識で解釈しない」というナラティブ・アプローチの「無知の姿勢」と軌を一にする。⁷ 医者とは診療場面ではこれまでも問診という形で患者の言葉に耳を傾けてきた。しかし、それは患者の疾患に診断を下すためであり、診断基準に照らして症状を解釈するためであった。このような医

療の現場にナラティブ・アプローチを適用しようとする新しい潮流（ナラティブ・ベイスド・メディスン）も生まれている。⁸ 聴くこととしての哲学は、この新しい医療へのあり方と相俟って、スピリチュアルケアにできるのは「傾聴」だけであることを示唆する。

臨床哲学のもう一つの例は清水哲郎の「医療現場に臨む哲学」である。清水もまた「医療現場で哲学することは可能か」という問いから出発する。医療現場で哲学することは、彼によれば、「ある種の哲学的洞察を医療の現場に適用する」ことではなく、また「ある種の問題を抱える人に哲学的対話を通してアプローチし問題解決の援助をする」ことでもなく、医療現場との対話を通して医療当事者（医療スタッフのみならず患者とその家族を含む）の行為や状況把握を記述することである。⁹ その際、清水は、「医療とはどのような価値観に基づいてこの問題を考えるのか」という問いと、「医療とはどのような人間観を採って患者およびその家族と向かい合っていくのか」という問いをめぐって思索を進め、自分がコミットした医療実践の中から一定の価値観と人間観を引き出している。それは、要約すれば、「人間は自立的・自律的に生きる個的存在であるだけではなく、相互依存的・相互浸透的に生きる共同的存在である」という人間観であり、「生の価値は何か〈できる〉ことにあるのではなく、弱く、無力な自分がただ〈居る〉ことに価値がある」という価値観である。¹⁰

この人間観・価値観は、人間を「病む人」ないしは「苦しむ人」と捉え（homo patiens）、病むこと、苦しむこと、悩むことに人間の本質を見、そこに意味を見いだそうとする立場につながる。この立場は、哲学が内省によって到達する境地のようなものではなく、医療当事者がとりわけ患者自身がみずからの病気の意味を探る中で会得し、体現するものである。そのような例を幾つか挙げてみる。北海道・浦河べてるの家のメンバーには次のような発言がある：「名古屋で健康でいるより、浦河で病気でいる方がはるかに幸せ」（林園子）、¹¹ 「統合失調症は友達ができる病気」（松本寛）。¹² タイのH I V / A I D S の或る患者は支援のボランティア学生に次のように語っている：「エイズになって、同じ患者の仲間や支援してくれる人達に多く出会った。私の世界はかつてないほど広がった。その意味では、エイズになって良かった」。¹³ 薬害肝炎訴訟原告福田衣里子に対す

る長崎ウエスレヤン大学の学生の質問と回答：「薬害肝炎になって良かったことは何ですか？」、「人々との繋がりがこんなにも広がったことです」。

14

これらは全て、病者自身が発見した病気の意味であり、生の価値である。臨床哲学にできることは、あるいはスピリチュアルケアにできることは、この意味の発見ないしは価値の転換が起こる現場に、その発見や転換の「触媒」として居合わせることである。村田久行によれば、スピリチュアルペインと向き合うなかで、患者はほんとうに価値あるものは何かを問い直す。その中で本当に大事なものに気づき、新しい存在と意味が回復される。この価値の転換と意味の回復のプロセスを村田は「魂の仕事」と呼ぶが、¹⁵ それは患者自身の営みであって、スピリチュアルケアのなし得ることは、その営みのための環境を整えることである。この点について清水は次のように指摘している。

「スピリチュアルなQOL」ということが認められるとすれば、それは自己の生の意味等々の問題を考えることができる環境がどれほどととのっているかを評価するものである。そしてその環境には、患者がそうした問題をなげかけてきたときに、医療者が誠実に対話の相手となることも含まれる。¹⁶

本節の初めで「スピリチュアルケアは哲学や宗教の課題だ」と言った。しかし、それはスピリチュアルケアにおいて哲学や宗教に何か果たし得る固有の役割があるということではない。なすべきことは、スピリチュアルペインに共に向き合うこと、その「苦しみ場所」から離れないこと、それに尽きる。そのような、哲学・宗教の「効用」を語ることができない場所に立つことによって初めて「〈できる〉ことにではなく、〈居る〉ことに価値を見いだす」という価値観を医療当事者と分かち合うことができるのではなかろうか。

付記

現在、スピリチュアルケアの必要性が感じられているのは主として死の看取りの現場であり、死の看取りは医療現場で行われていることが多いので、本章では医学・医療と哲学・宗教との関係としてスピリチュアルケアを位置づけてきた。しかし、死の看取りは医療だけでなく、福祉の現場でも行われている。例えば、特別養護老人ホームで

最期を迎える人々が増えている。したがって今後、高齢者福祉現場でのスピリチュアルケアの必要性が増すと思われる。その場合には、本節の「医療現場」を「福祉現場」に読み替えなければならない。

第二章 スピリチュアルケアと「いのちの教育」 第一節 思春期・青年期のスピリチュアルペイン

「はじめに」で述べたように、死生学の講義に対して学生達が示した関心の強さに筆者は驚いた。中には苦悩の表情を浮かべながら聴く学生もいた。次に引用するのはその学生のレポートの一節である。

これまでの死生学の講義の中で、また講義時間外でも、かつてないほど、私は「死」というものを考えてきた。その中で気づいた事は、「死」を考えるということは（中略）「なぜ私達は産まれてきたのだろうか」、「人間とは一体どういった存在なのか」といった問いにぶつかるということである。人間ひとりなど、自然界においてはすごく小さな存在であり、私達一人一人が一生懸命生きることにどのような意味があるのか。今のところ私にはまだ「生」の意味が見出せていない。¹⁷

ついには死に至る生の意味を見出せないこと、それが、この学生が苦悩の表情を見せた理由である。作家の田口ランディがその著書『寄る辺なき時代の希望』（春秋社、2006年）に「人は死ぬのになぜ生きるのか」という副題を付けているが、それは、読者からの「どうせ死ぬんじゃないですか。それなのに生きる意味ってあるんですか」というメールがこの著書を書くきっかけになったからである。¹⁸ 「必ず死ぬと分かっているのに、なぜ生きるのか」。人はこの根源的な問いに封印をして日常生活を送っているが、不治の病に罹るといような危機に瀕すると、耐えがたい苦痛の中で、その封印が破れて「なぜ？」という問いが噴出する。自分の生の意味や存在の価値を見いだすことができない苦しみをスピリチュアルペインと呼ぶとすれば、思春期・青年期はそれに直面する人生最大の危機の一つである。

2008年10月26日に長崎ウエスレヤン大学で開催した第一回スピリチュアルケアセミナーにおいて、「人生の痛みはどう向き合うか」というテーマをめぐって、ある学生が発題した。その一節を紹介

する。

私はこれまでに、生きる意味を見失うほど強い絶望の中にいた時期があり（ました）。当時、私は絶望の中で、自分自身のことを、他者に迷惑と不愉快を与える諸悪の根源であり、呼吸することさえも罪である存在と考えていました。（中略）生きていることへの罪悪感、呼吸することの苦しみ。私は私自身の存在を拒否し続けていました。「死ぬ為に生きる毎日」は私にとって苦痛以外の何物でもなかったのです。¹⁹

この発言に典型的に見られるような、自分の存在に意味も価値も見いだすことができない苦しみや絶望は、顕在的であれ潜在的であれ、死生学を熱心に受講した学生達の多くが共有しているものであった。それを要約すれば、「スピリチュアルペインを私は19年間何度も感じています」という言葉になる。

しかし、これは死生学受講者に特有の傾向というに留まらない。もっと一般化して、スピリチュアルペインは思春期・青年期の危機の特質である、ということもあながち不可能ではない。コミュニティ心理学的な危機介入の視点からC.P.キャプランは危機を次のように定義する。²⁰

「危機状態とは、人生の重要目標が達成されるのを妨げる事態に直面した時に、習慣的な課題解決方法を用いてその事態を解決しようとするが、それでも克服できない結果として発生する状態である。」

キャプランはこの定義において危機の発生を三段階に分けて分析しようとしている。第一段階は、人生の重要目標の達成が妨げられる事態であり、「難問発生状況」と呼ばれる。ここで言う「人生の重要目標」は発達段階によって異なる。周知のとおり、エリクソンによれば思春期・青年期の重要目標はアイデンティティの確立であり、それが確立できずアイデンティティ拡散に陥れば、自己同一性危機に直面する。アイデンティティとは、換言すれば、社会的観点から見た自分の存在の意味と価値である。したがって、アイデンティティ拡散は存在の意味と価値の喪失であると言ってよい。そうであるとすれば、スピリチュアルペインはまさに思春期・青年期の危機の特質である。

キャプランの分析を借りれば、アイデンティティを確立することができない状況は、危機以前の難問発生状況である。この事態を克服するために習

慣的な課題解決方法が用いられる。モラトリウム、偽似アイデンティティ、予定アイデンティティ、等はその危機回避策の一部であろう。この解決方法が外面的状況や内面的状況によって破綻した時に、危機状態としての自己同一性危機が発生する。この危機が苦痛として経験されるのが思春期・青年期のスピリチュアルペインである。

第二節 思春期・青年期のスピリチュアルケア

長崎ウエスレヤン大学現代社会学部社会福祉学科にスピリチュアルケアコースを開設しようと考えたのは、医療現場や福祉現場がスピリチュアルケアワーカーを必要としているという認識に基づいてのことであるが、それと同時に、あるいはそれ以上に、上記のような学生達のスピリチュアルペインに触れたからである。

思春期・青年期のスピリチュアルペインは、当人にとっての実存的な問題であると共に社会的な問題でもある。自分の存在に価値を見出せないという苦しみの中で、自傷行為や他傷行為が発生するからである。そうした事件が起こる度に、教育現場では「いのちの教育」の必要性が叫ばれる。教室では「いのちの大切さ」が説かれる。しかし、それがほとんど効を奏していない。なぜか。

第一に、いのちの大切さは、ついには死に至る限られた生だからこそ愛しいのだという逆説でしか伝わらないからである。その意味で必要なのは「いのちの教育」ではなく「死の教育」である。国家に殉じることを美化する戦前の「死の教育」に対する反省から、戦後の教育は「生命の尊重」を根本原理にしてきた。しかし、死から目をそらしていのちを語ることはできない。他方、小学生であれ、中学生であれ、「死」は子どもたちの最大の関心事の一つである。²¹ にもかかわらず、学校教育の場では正面から死の問題が取り上げられることはない。²² 死生学を開講したのはこうした反省に立ってのことであった。

第二に、思春期や青年期に自傷・他傷行為が頻発するのは「いのちの大切さ」が自覚されていないからではなく、自分の存在に価値を見出せないという苦しみで捕らわれているからである。そして、このスピリチュアルペインの克服は、「いのちの教育」であれ「死の教育」であれ、教育では不可能だからである。死生学の講義では、最期は無に帰する生や存在にどのような意味と価値があるのかについて諸家の思索のあとを辿るが、それを聴くことによって自分の存在の価値が発見され

るわけではない。それは、苦痛の意味を問う末期患者に哲学思想や宗教の教義を説いても何の役に立たないのと同様である。

思春期・青年期のスピリチュアルペインを克服するためには、教育現場でのスピリチュアルケアが必要である。これは教育にとって一種のパラダイム変換である。医療現場でキュアからケアへの転換が必要とされるのと同様に、教育現場でも教育から援助ないしケアへの転換が必要とされる。

村田久行は、援助を「相手の苦しみを和らげること、軽くすること、あるいは無くすること」と定義する。²³ この定義による「援助」の視点から教育を捉えると、児童・生徒・学生が学校現場で遭遇する苦しみが視野に入ってくる。劣悪な環境や体罰による身体的苦痛、学習内容が理解できず、学ぶ喜びを奪われた精神的苦痛、いじめに代表される対人関係から生じる心理的苦痛、差別や偏見によってもたらされる社会的苦痛、そしてスピリチュアルペイン。これらの苦しみをどう和らげるか、無くするかという視点に立つと、新しい教育論ないしは教育援助論の可能性が拓けると思われる。例えば、学習内容が理解できない苦痛を無くするための教育技術の開発は、必須かつ緊急の課題である。しかし、ここではスピリチュアルペインを和らげるためのスピリチュアルケアに焦点を絞る。村田によれば、ケアとは「関係性に基づき関係の力を使って苦しみを和らげる専門的援助」である。²⁴ では、関係性とは何か。村田はフッサールらの現象学に基づいて、主体にとっての他者の現われ方が関係性だと考える。他者の現われ方は主体の意識の志向性によって変化する。例えば、教師の意識が生徒の自傷・他傷行為に向けられているならば、その生徒は補導と管理を必要とする問題生徒として現われ、教師は生徒に対して指導者・管理者として現われる。しかし、教師の意識が自傷や他傷という行動を生み出す苦しみに向けられるならば、その生徒は援助を必要とする者として現われ、教師は生徒にとって援助者として現われる。その時、両者の間に援助関係が成立する。

ところで、主体の意識が相手の苦しみに向けられるとは如何なることか。スピリチュアルペインは自分が生きている世界が全く無意味なものとして現われることから生じる苦しみである。そのような相手の苦しみに意識を向けるならば、その相手に世界が全く無意味なものとして現われている、そのこと自体に意識を向けざる得なくなる。主体にとって世界がどのように現れているかは問題で

はない。主体の意識はひたすら相手にとっての世界の現われ方に集中する。その具体的方法が相手の口から洩れる言葉にひたすら耳を傾ける傾聴である。

このように考えるならば、教育現場におけるスピリチュアルケアは教師が生徒に「聴く」ことから始まる。鷺田清一が前述の『「聴く」ことの力ー臨床哲学試論』において、学校言語の問題性について次のように指摘している。²⁵ 問うことは本来、自分の知らないことを知ろうとして相手に尋ねることであるが、教室での教師の質問は、自分の知っていることを生徒が知っているかどうかを問いたすものになっている。相手を知りたいという切なる要求が学校の言語では失われているのではないか、学校現場でのスピリチュアルケアは、このような教室に生徒を知りたいという思いに動かされる「聴く教育」を導入することである。それには、敢えて言えば、「効用」が二つある。

一つは全く無意味なものとして現われる自分の世界に関心を向ける他者がいる、というメッセージが伝わることである。それは生を新しく意味づける手がかりになる。鷺田清一は、「死ぬとわかっていて、なぜ人間は生きていけるのか」という問いに答えるかのように、こう言葉を洩らす。「じぶんがここにいることがだれかある他人にとってなんらかの意味をもっていること、そのことを感じとることができれば、ひとはなんとかじぶんを支えることができる」。²⁶ スピリチュアルペインを抱えているという死生学の受講生たちはこの言葉に驚くほどの共鳴を示す。フランクルの「生の価値」に関する教説²⁷ の中でも、創造価値や体験価値ではなく、態度価値に特に共感する。態度価値とは、『夜と霧』の中の言葉を借りれば、「もはや人生から期待すべき何ものも持っていない」時に、生命の意味についての問いの観点を変更することによって生じる価値である。すなわち、「人生から何をわれわれは期待できるか」という問いが「人生が何をわれわれから期待しているか」という問いに変わるとき、人は自分を求める他者のまなざしに気づく。²⁸ あるいは逆に、自分に関心を寄せる他者の存在に気づく時に、「自分に何が期待されているか」という問いが生じ、他者にとっての自分の存在の意味が見え始める。

スピリチュアルペインに耳を傾けるとは、相手の苦しみに注意を向け、相手に眼に映る空虚な世界に関心を向けることである。そのことによってケアの関係が成立し、その関係の中でスピリチュ

アルペインが表出される。したがって、聴くことが語ることに先立たねばならない。ひたすら聴こうとする耳があって初めて、言葉にならぬ呻きが言葉として語り出される。これが聴くことのもう一つの効用である。傾聴は相手の発語を促す。言葉にならぬ苦しさの言語化を促す。スピリチュアルペインが人生の意味の喪失に伴う苦しみであるとすれば、その苦しみを言語化することは、自己の生の無意味さと向き合うことになる。鷺田清一は、「聴くことが、ことばを受けとめることが、他者の自己理解の場を劈く²⁹」と言うが、スピリチュアルペインを言語化することによって向き合う自己は無価値な自己以外ではなく、そのような自己の空虚性に向き合うことができるのは、その空虚な自己があるがままで受け止められるという関係性が成立している限りにおいてである。

このように考えると、スピリチュアルケアとは、必ずしもスピリチュアルペインを和らげ、軽くし、あるいは取り除くことではない。むしろ、当事者がスピリチュアルペインとそれを生み出す自己の存在の空虚性に向き合うことを援助することである。しかし、このように自分の生の空虚性に向き合い、その生を自己の生として受容することによってスピリチュアルペインを克服できるとすれば、スピリチュアルケアによってスピリチュアルペインは取り除かれたことになる。スピリチュアルケアにはこのような逆説的構造が内包されているが、それを解明するためには、「スピリチュアル」とは何を意味するか、「スピリチュアリティ」とは何かについて、考察を進めなければならない。

第三章 スピリチュアリティとは何か

第一節 先行研究におけるスピリチュアリティ

スピリチュアリティとは何かを明らかにするためには極めて広範囲にわたる学際的研究が必要である。本論では、スピリチュアルケアの視点に絞ってラフスケッチを試みる。その視点からスピリチュアリティとは何かを解明しようとする国内の先行研究として窪寺俊之、谷川洋三、伊藤高章、河正子の所論を取り上げる。第一は、窪寺俊之の『スピリチュアルケア学序説』（三輪書店、2004年）である。

窪寺はこの書で、医学、看護学、社会福祉学、哲学、等の諸分野におけるスピリチュアリティ研究を踏まえ、さらに世界保健機関専門委員会およびスピリチュアルケア研究部会の報告書を参照した上で、スピリチュアリティを次のように定義し

ている。これは、今日の日本におけるスピリチュアリティの定義として一つの標準を示すものであり、スピリチュアルケアをめぐる多くの論考で参照されている。

スピリチュアリティとは、人生の危機に直面して「人間らしく」「自分らしく」生きるための「存在の枠組み」「自己の同一性」が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である。³⁰

スピリチュアリティを定義する場合に常に問題になるのは宗教性との関係である。世界保健機関専門委員会の報告書³¹では、生のスピリチュアルな側面には宗教的な因子が含まれているが、「スピリチュアル」と「宗教的」とは同義ではない、とされている。窪寺もキリスト教的背景を持ちながらも、宗教的立場を明確にせず、できるだけ人間学的立場に立って定義を下そうと試みている。³²しかし、「超越的なもの」とは何かを明らかにしようとすれば、それは「神仏など自分の人生を支配・保護していると感じる存在」と定義されることになる。³³これは特定宗教の立場ではないが、一般的な宗教的世界観が前提となっている。「究極的なもの」は「自分の中の新たな（もっと深い）自分」と定義され、³⁴その限りにおいては宗教的色彩は薄いとも思われるが、ユング心理学の元型「自己」に近いと考えれば、宗教との親和性は否定できない。あるいは、「外なる人は滅びても、内なる人は日ごとに新しくされていく」という新約聖書のパウロの言葉が思い浮かぶ。³⁵非宗教的なスピリチュアルケアを目指す筆者としては、「超越的なもの」や「究極的なもの」に言及せずにスピリチュアリティを定義することはできないのか、と問わざるを得ない。

窪寺の定義をめぐるもう一つの疑問は、危機において脅される存在の枠組みや自己同一性を超越的存在や究極的存在に依拠して再構築することにスピリチュアリティの本質を見ようとしている点、したがってまたそれがスピリチュアルケアの目的とみなされてしまう点である。窪寺によれば、スピリチュアリティは危機において覚醒して、「絶対的他者（神仏など）や、究極的自己（「本当のわたし」など）を求め始める」という。³⁶存在の意味の喪失という危機において顕在化する生の次元をスピリチュアリティと呼ぶことに異論はない。

しかし、それが覚醒することにより「絶対的他者や究極的自己を求め始める」と方向づけてしまうと、スピリチュアルケアと宗教的ケアの混同という結果を生む恐れがあるのではないか。(勿論、窪寺は両者を区別し、宗教によらない、自然・文化・芸術によるケアの意義を重視しているのだが)。³⁷

宗教的ケアとスピリチュアルケアの関係について、谷川洋三は両者を実質的にほぼ重なり合うものと考えている。³⁸ 谷川によれば、両者の違いは、スピリチュアリティの表現が前者においては教団の教義や伝統に依拠するが、後者では個人の経験や感覚に依拠するという差にすぎず、「超越的体験や他者とのつながりの感覚など非合理的な体験・感覚に意味づけをする機能」としてスピリチュアリティが機能するという点においては、両ケアは共通する。このような超越性に力点を置いた立場で宗教者がスピリチュアルケアを提供する場合には、それは実質的に宗教的ケアになってしまう。当事者の世界観を尊重して特定の宗教的な答えを提示しないという援助者の「倫理」が守られたとしても、その世界観を含めた「存在の枠組み」が脅される危機においては、当事者の探求が一般的な宗教的世界観の表現である「超越的なもの」に方向づけられることになりやすい。念のために言うと、筆者は宗教的ケアを否定しているのではない。スピリチュアルケアの名のもとに宗教的ケアが行われることを危惧するのである。

伊藤高章は、チーム医療の中でスピリチュアルケアが果たす役割という観点から、スピリチュアルケアを含む「対話型ケア」を、「解決のない問題に直面した人間が、それを抱えながら生きる(そして死んでいく)過程を、当事者と共に歩むケア」と定義する。³⁹ 伊藤も超越性や究極性に対応する「高み」や「深み」という表現を使うが、それを自己相対化の視点と位置づけ、この相対化の機能をスピリチュアリティと呼ぶ。伊藤によれば、人間は、神経－身体性と心理－社会性という二つの次元で現実生活を営んでいるが、もう一つ、超越の視点あるいは実存の視点からそれを相対化する物語－スピリチュアル性という次元がある。ここでいう「超越」には宗教的意味合いはなく、「脱自存在としての実存」とほぼ同義に使われている。自己相対化と自己の意味づけ(伊藤はこれをスピリチュアリティの「ふりかえり」機能と呼ぶ)は、物語として構成された内面的価値基準(これは「よりどころ」と呼ばれる)に準拠して行われる。伊藤にとっては、この作業の証人にな

ることがスピリチュアルケアの第一の役割であり、それは、当事者の「語り」とその体系である「物語」への傾聴者になり、また当事者の自己「解釈」の触媒になることによって果たされる。「よりどころ」(spiritual reference)は、社会構成主義的な立場から「テキスト」と呼ばれる。「自己の物語」、「物語としての自己」と言ってもよいだろう。人は自己を「物語」として理解し、その「物語」を更新することによって人生を新しく意味づけ、自己同一性(アイデンティティ)の再構築を試みる。伊藤はこのような意味での自己物語り機能をスピリチュアリティと呼んでいる、と思われる。

非宗教的スピリチュアルケアの視点からスピリチュアリティとは何かを考える上で、この伊藤の所論は示唆に富んでいる。この伊藤の立場と関連して、宇都宮輝夫の「人生物語としてのスピリチュアリティー現代医療の立場で」という論文⁴⁰が注目される。これは、宗教を排除せず、しかも非宗教的・反宗教的立場からも受容できるスピリチュアリティの意味を探ろうとした試みである。それによると、人生はまとまりのある物語として理解されることにより一貫した意味が付与されアイデンティティが形成される。この人生物語がスピリチュアリティである。伊藤の見解とも一致する視点であるが、「世界保健機構の健康の新定義提案におけるスピリチュアリティがいかなる意味であれば健康の構成要素として妥当性を持つか」を詳細に検討したうえでの結論である。宇都宮はこの論文を次のように締めくくっている。

スピリチュアリティが健康の構成要素として普遍的であるならば、当然それは特定の宗教的伝統に固有なものであるはずがない。それどころか、無神論者・無宗教人にも不可欠なものとして認められるものでなければならない。考え得るものの中で残るのは、人生物語＝アイデンティティとしてのスピリチュアリティがあるのみである。⁴¹

アイデンティティは危機にさらされて初めて自覚的に問題とされる。したがって、アイデンティティの特質は、危機において、その消失と崩壊において逆説的に解明されるほかはない。その意味では、スピリチュアリティもスピリチュアルペインをとおしてしか明らかにならない。しかし、伊藤は必ずしもスピリチュアルペインに焦点を合わ

せているわけではない。また、危機においては自己を相対化し自己を意味づけるスピリチュアリティの機能そのものが消失するが、そのことへの洞察が不十分である。これは危機においてスピリチュアリティが顕在化するという他の論者にもあてはまる。確かにスピリチュアリティは危機において覚醒する。しかし、逆は必ずしも真ではない。危機になれば必ずスピリチュアリティが覚醒するわけではない。だからこそスピリチュアルケアが必要になるのだが、どうすれば危機においてスピリチュアリティが機能し始めるのか。

この点について河正子の報告⁴²がヒントになる。それによると、終末期のがん患者のスピリチュアリティに関わる苦痛には四つのカテゴリーがあり、そのうち三つは「生や死に関わる希求・願望（抛りどころにつながる）と現実との間にあるギャップを意識することによる苦痛」であった。その三つのカテゴリーは「自分のあるべき姿と現実とのギャップによる苦痛」、「死への過程のイメージと現実とのギャップによる苦痛」、「他者との関係のあり方と現実とのギャップによる苦痛」である。⁴³この苦痛を和らげるためには、あるがままの自分の現実を受容する必要がある。危機において自己の存在の意味や根拠が失われるとき、確かにそこから新しい意味や根拠への探求が始まるが、その前に、自己の存在の意味が失われてしまった現実があるがままに受容されなければならない。したがって、新しい自己の探求について語る前に、その崩壊と喪失がいかんして自覚され、受容されるかについて考察する必要がある。これまでの研究ではこの視点が十分に確立されていないように思われる。

第二節 「無の場所」としてのスピリチュアリティ

もう一度、窪寺の定義に戻ると、そこには一つ的前提がある。それは、生が最終的には空無ではなく、超越的なものや究極的なものに支えられている、という前提である。だからこそ、人は危機に瀕した時にこの二つの方向で解決の道を探ろうとすると考えられ、そのような方向性をもった探求機能がスピリチュアリティと呼ばれるのである。これは、宗教的背景をもつ論者に共通の立場ではないかと思われる。しかし、この前提は必ずしも自明ではない。逆に、危機においては探求しようとしても、その方向が見失われるのが常である。その中で手探りするとすれば、これまでとは反対の方向で模索することになるだろう。つまり探求

の方向が180度転換するということである。その転換が超越的方向や究極的方向をめざすものであるかどうかは、この時点では不明である。ただ、言えることは、この転換はそれまでの探求の方向から見れば探求の断念に他ならない、ということである。例えば、第一章で触れた「生の価値は何か〈できる〉ことにあるのではなく、弱く、無力な自分がただ〈居る〉ことに価値がある」という価値の転換は、新しい価値を発見するというより、何かが〈できる〉ことを断念することであり、ただ〈居ること〉つまり何の意味もない存在であることをあきらめとともに受容することである。

しかし、この断念ほど難しいことはない。「できるはずの自分」と「できない自分」のギャップに苦しむわけである。どうすれば断念できるのか。この点について若干の考察を加えるために、上田閑照が「私は、私ならずして、私である」と定式化した自己の構造に注目する。⁴⁴上田によれば、自己は「私は私である」という自己同一性によって成立するのではない。その自己同一性が「私ならず」と否定される。そのように否定されて、否定に否定を重ねて私が消失して無と化した「虚空」の中で改めて「私は、私ならずして、私である」という新しい自己同一性が成立する。上田が「虚空」と呼ぶこの場所を、西田幾多郎ならば「無の場所」と呼ぶだろう。この「われは、われならず」という否定は、自己省察による認識次元での自己否定ではない。「われならざるもの」との遭遇の中で、自分が否定され、消滅させられるという経験である。死に直面するとはそのような経験である。死は生に対する「絶対の他」として生を滅ぼし、生を無化する。ちなみに超越的な宗教体験も自己を破滅させるような「われならざるもの」＝「絶対の他」との遭遇を意味する場合がある。その典型的な例がルターのアイデンティティ・クライシスの経験である。⁴⁵青年ルターは、神に捨てられ、永遠の滅びに定められたと感じる。彼にとって、神は「愛の神」ではなく「怒り神」であり、「救いの神」ではなく「滅ぼす神」として現われる。その神を彼は憎み。呪う。⁴⁶このように、「死」であれ「怒りの神」であれ、危機において出会う「超越的なもの」は「存在の抛りどころ」であるどころか、自己の存在そのものを滅ぼす悪魔の形相を帯びることが多い。

だからこそ、エリザベス・キューブラー＝ロスでさえ死を前にして「神とはヒトラーだ」⁴⁷と怒りをあらわにせざるを得なかった。そのように人は

死に対して怒りをぶつける。高木慶子も、死を前にした人から「存在的な怒り」が言葉だけではない様々な形で表出されることを報告している。⁴⁸ この怒りは、みずからの生を否定し破滅させようとするものに対する苦闘の表現である。死の受容が起こるのはこの苦闘をやめる時であるが、しかし、それは意図してできることではない。W. ジェイムズは宗教的回心を分析して、それが起こるのは自責という形の苦闘をやめる時であると指摘したうえで、ではなぜ苦闘をやめるのかという問いに対して、それは力尽きて、あきらめて、闘いを放棄するからだ、と答えている。そして、この「自己放棄」こそが回心の不可欠の要素であると言う。さらに、自己放棄に伴う現象として一時的な感情の鈍麻や無感動あるいは虚脱状態を挙げている。⁴⁹ この回心のプロセスはそのまま、エリザベス・キュープラー＝ロスが明らかにした死にゆく者の心理プロセスと重なる。

この「自己放棄としての死の受容」を、米沢慧はキュープラー＝ロスの言葉を引用して「明け渡し」と呼ぶ。⁵⁰ 何に対して自己を明け渡すのか。必ずしも、わが身を受け止めてくれる「拠りどころ」に対してではない。むしろ、比喩的に言えば虚空に向かって、虚無の深淵に向かって身を投げるような明け渡しのかたもある。ルターはその境地を「地獄への自己放棄」と呼んでいる。⁵¹ このような断念と自己放棄すなわち「明け渡し」の自覚的な言語表出が前述の上田閑照の「われは、われならず」であり、この自覚とともに開ける「無の場所」において、「われは、われならずして、われなり」という新しい自己同一性が成立するのである。

まわりくどい言いかたになったが、以上のような、自己を滅ぼすもの（例えば死）との遭遇から、それとの苦闘を経てついに断念と明け渡しに至る動的な過程全体がスピリチュアリティの現勢化である。高木慶子が「存在的な怒り」と呼ぶように、この過程の中で表出される怒りもスピリチュアリティの表現であり、まさに「スピリチュアルな怒り」（上田紀行）である。⁵² しかし、とりわけ、無に向かっての自己放棄＝明け渡しの中にスピリチュアリティの発露が見られる。

以上のようなスピリチュアリティの特質を表す一語を選ぶとすれば、それは「ケノーシス（自己無化）」である。ケノーシスとは「おのれを空しくすること」である。⁵³ 自己を開くことと言ってもよい。上田閑照の表現を借りれば、「私は私で

ある」とおのれを閉ざそうとする自閉の動きを「私にあらず」と否定して「自他が共にある場所」へと開くことである。⁵⁴ そこに関係性が生まれる。このような意味で自他の間に関係性が成立する次元がスピリチュアリティである。

河正子はスピリチュアリティの様々な定義の中で、特に関係性という要素を重視し、その関係性の如何によって「スピリチュアリティは生き生きした状態にも、低迷した状態にもなりうる」と言う。⁵⁵ しかし、スピリチュアリティが関係性の次元であるとすれば、それは個人の中で機能するだけでなく、自他の間でも機能する。死と向き合う当事者の中で生じるケノーシスは、ケアの場において援助者の中でも生じる。清水哲郎が医療現場で記述するとおり、「人間は自立的・自律的に生きる個的存在であるだけでなく、相互依存的・相互浸透的に生きる共同的存在」だからである。援助者は当事者のケノーシスのプロセスに同伴し、時にはその怒りに、時には言葉にならぬ思いに、虚心に耳を傾ける。虚心とは心をうつろにすること、おのれを空しくすることであり、文字通りケノーシスである。それは単なる技法、単なる姿勢ではない。第一章で述べたとおり、援助者は当事者の苦しみのかたわらで自分が何もできないこと、ただ、そこに「居合わせる」（田村恵子）⁵⁶ しかできないことを思い知らされる。そして、その自分の無力さを断念と共に受容する。これが援助者の中に生きるケノーシスであり、そこで初めて援助者は当事者の居る場所に向けて自己を開く。村田久行のケアの定義が指摘するとおり、この関係性の中で、この関係の力によって、当事者の苦しみが和らげられる。そうした関係性を河正子は「弱さの極みの中での連帯」と呼ぶ。⁵⁷ 当事者も援助者も共に死の相の下に立ち、弱さのきわまる場所、無力さの極まる場所に立つとき、そこに「弱さの力」が働き始める。スピリチュアリティとは、この「弱さの力」が働く「無の場所」である、と筆者は考えている。

注

1. 村田久行「終末期患者のスピリチュアルペインとそのケアー現象学的アプローチによる解明」（『緩和ケア』第15巻第5号、青海社、2005年）、385頁
2. E. J. キャッセル『医者と患者 新しい治療学のために』、大橋秀夫訳、新曜社、1981年
3. V. フォン・ヴァイツゼッガー『病と人ー医学

- 的人間学入門』、木村敏訳、新曜社、2000年)
4. World Health Organization: WHO technical report series No.804: Cancer pain relief and palliative care. WHO, 1990.
5. 森田達也ら「終末期癌患者の実存的苦痛：研究動向」(『精神医学』41、1999年、995-1002頁)
6. 鷺田清一『「聴く」ことと臨床哲学論』(TBSブリタニカ、1999)、53頁
7. H. アンダーソン、H. グリーンシャン「クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ」(S. マクナミー、K. J. ガーゲン編『ナラティブ・セラピー 社会構成主義の実践』所収、野口裕二訳、金剛出版、1997年)
8. T. グリーンハル、B. ハーウィッツ編『ナラティブ・ベイスト・メディスン』(斉藤清二ら訳、金剛出版、2001年)
9. 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』(勁草書房、1997年)、「はしがき」
10. 清水哲郎『医療現場に臨む哲学Ⅱ』(勁草書房、2000年)、67-72頁、173-183頁
11. 浦河べてるの家『べてるの家の「当事者研究」』(医学書院、2005年)、91頁
12. 浦河べてるの家『べてるの家の「非」援助論』(医学書院、2002年)、135頁
13. 宮城かなえ：海外コミュニティサービス口頭報告、2006年6月
14. 諫早・大村生と死を考える会第4回例会(2008年6月)での中村麻美の質問に対する回答
15. 第32回日本死の臨床研究会(2008年10月)ミニワークショップ2「スピリチュアルケア—現象学的アプローチ」での発言。
16. 清水哲郎『医療現場に臨む哲学』、152頁
17. 馬上祐香：2006年度「死生学」レポート
18. 田口ランディ『寄る辺なき時代の希望—人は死ぬのになぜ生きるのか』(春秋社、2006年)、3頁
19. 儀間由里香：長崎ウエスレヤン大学第1回スピリチュアルセミナー発題(2008年)
20. 山本和郎『コミュニティ心理学—地域臨床の理論と実践』(東京大学出版会、1986年)、57頁
21. 筆者がスクールカウンセラーをつとめた諫早市の二つの小学校で絵本の読み聴かせをしたが、子どもたちがリクエストする絵本の第一位は常に佐野洋子の『100万回生きたねこ』であった。
22. 2008年6月に鎮西学院高校の3年生20名を対象におこなった聞き取り調査では、20名全員が「死について関心がある」、「死について考えたことがある」と答えたが、「学校で死について学んだことがある」と答えたのは皆無であった。
23. 村田久行：改訂増補『ケアの思想と対人援助』(川島書店、1998年)、43頁-46頁
24. 同上
25. 鷺田清一『「聴く」ことの臨床哲学試論』、266頁-268頁
26. 鷺田清一『〈弱さ〉のちから—ホスピタブルな光景』(講談社、2001年)、160頁、200頁
27. ヴィクトール・フランクル『死と愛—実存分析入門』、(霜山徳爾訳、みすず書房、1989年)52頁-54頁
28. ヴィクトール・フランクル『夜と霧』(霜山徳爾訳、みすず書房、1971年)182頁-191頁
29. 鷺田清一『「聴く」ことの臨床哲学試論』、11頁
30. 窪寺俊之『スピリチュアルケア学序説』、8頁
31. World Health Organization: ibid.
32. 窪寺俊之、前掲書、iii頁
33. 前掲書、10頁
34. 前掲書、10頁
35. コリントの信徒への手紙Ⅱ4章16節
36. 窪寺俊之、前掲書、46頁
37. 前掲書、82頁
38. 谷川洋三：日本スピリチュアルケア学会2008年度学術大会概念構築ワークショップ1B「宗教とスピリチュアリティ」(『抄録集』所収)、22頁
39. 伊藤高章：日本スピリチュアルケア学会2008年度学術大会概念構築ワークショップ1C「チーム医療とスピリチュアルケア」(『抄録集』所収)、28頁-33頁
40. 湯浅泰雄監修『スピリチュアリティの現在』(人文書院、2003年)、251頁-290頁
H. アンダーソンとH. グーリシャンも物語論的立場の基礎になる前提の一つとして次のような命題を掲げている。「人は他者との会話によっては育まれる物語的アイデンティティのなかで、そして、それを通して生きる。」(前掲書、65頁)
41. 湯浅泰雄監修、前掲書、288頁
42. 河正子「スピリチュアリティ、スピリチュアルペインの探求からスピリチュアルケアへ」(『緩和ケア』第15巻第5号、青海社、2005年)、368頁-374頁
43. 同上、370頁

44. 上田閑照『私とは何か』（岩波書店、2000年）、17頁
45. Erik H. Erikson : Young Man Luther, A Study in Psychoanalysis and History, W.W. Norton & Company, 1962
46. 拙論「Theologia crucisに関する一試論」（『名古屋学院大学論集』第7巻第1号、1970年）
47. NHK放映ビデオ『最後のレッスン』（2005年12月）
48. 日本ホスピス・在宅ケア研究会飛騨高山大会編『ひびきあう生と死ー未来を拓くスピリチュアルケア』（雲母書房、2008年）177頁
49. W. ジェイムズ『宗教経験の諸相』（梶田啓三郎訳、岩波書店、1969年）。詳しくは拙論「罪の自覚ーその人間学的構造」（『基督教学研究』第25号、京都大学基督教学会、2005年12月）
50. 米沢慧「明け渡しのレッスン」（『緩和ケア』第15巻第5号、青海社、2005年）、536頁
51. ワイマール版ルター全集WA I、363、560、52
52. 日本ホスピス・在宅ケア研究会飛騨高山大会編、前掲書、172頁
53. 新約聖書フィリピの信徒への手紙2章7節（新共同訳では「自分を無にする」と訳されている。）
54. 上田閑照、前掲書、15頁
55. 河正子、前掲論文、370頁
56. 田村恵子「がん患者のスピリチュアルペインとその対応としてのケア」（『緩和ケア』第15巻第5号、青海社、2005年）、400頁
57. 河正子、前掲論文、373頁